Lane Medical Library

Ueber eitrige Gelenkentzündungen in Folge von Erysipelas.

Inaugural-Dissertation

mit Genehmigung

der medicinischen Facultät

der vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie

zugleich mit den Thesen öffentlich vertheidigt

am

6. Januar 1873 Vormittags 11 Uhr

von

Hermann Angerhausen

aus Cleve.

gegen

F. v. Brincken, Dr. med.

E. Finn, Cand. med.

C. F. A. Stenger, Cand. med.

Halle,

Druck von J. G. Lipke.

1873.

Seinen

lieben Vater

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In der Perliner klinischen Wochenschrift vom 1. Mai 1871 theilte Herr Dr. Ritzmann mit, dass im Verlaufe einer im Barackenlazareth des Berliner Hilfsvereins zur Beobachtung gekommenen Erysipelasepidemie zu wiederholten Malen ausgesprochen eitrige Entzündungen der unter den erysipelatös erkrankten Hautdecken gelegenen Gelenke beobachtet worden seien, eine bis dahin noch unbekannte Komplication, die unser Interesse in hohem Grade in Anspruch nehmen muss.

Unter 130 Fällen von Erysipel wurden 5 mal derartige eitrige Gelenkentzündungen konstatirt und zwar betrafen dieselben 2 mal das Fussgelenk, und je 1 mal das Knie- Ellbogen- und Schultergelenk. Der Ausgang war 2 mal ein ungünstiger und zwar bei dem Kranken mit Vereiterung des Kniegelenks

und bei einem zweiten mit Fussgelenkentzündung, welche beide pyämisch wurden. Dem Patienten mit Schultergelenkentzündung wurde der Humeruskopf resecirt, die beiden übrigen Gelenke wurden ankylotisch.

Besonders characteristisch für die in Frage kommenden Gelenkentzündungen ist der von Ritzmann speciell angeführte Fall.

Patient hatte am 18. August 1870 eine Schussfractur des rechten Oberschenkels erhalten. Am 21. November 1870 zeigte sich von der an der Innenseite des Oberschenkels gelegenen Eingangswunde ausgehend ein Erysipel, das unter starkem Oedem des Beines über Unterschenkel und Fuss sich ausbreitete. Am 1. Dezember lässt das Erysipel nach, die Schwellung des Fusses jedoch bleibt bestehen; in den nächsten Tagen tritt neue Temperaturerhöhung, vermehrte Schmerzhaftigkeit und Anschwellung des Fussgelenks ein. Am 9. Dezember ist deutliche Fluktuation beiderseits neben den Malleolen nachweisbar; durch mehrfache Incision wird eine ziem-

liche Masse Eiter aus dem Gelenke entleert, die Temperatur wird hiernach wieder normal. Mitte Februar Heilung unter Ankylosenbildung.

Der Zusammenhang der eitrigen Gelenkentzündungen mit dem vorausgegangenen Erysipel ist in den oben angeführten Fällen wohl unzweifelhaft. Noch bis vor einigen Jahren möchte es der pathologischen Anatomie wohl schwer gefallen sein, die Möglichkeit derartiger Entzündungen nach Erysipelas zuzugeben resp. zu beweisen. Die Rose bestand ja nur in einer Fluxion zu den Haut-Capillaren und einem verstärkten Austritt von Blutplasma und möchte bei einem derartigen Befunde der Connex mit eitrigen Gelenkentzündungen wohl kaum zuzugeben sein. Die neuern Untersuchungen von R. Volkmann und Steudner in Halle, die das wahre pathologische Verhalten des Erysipels aufdeckten, lassen jedoch einen derartigen Zusammenhang nicht nur zu, sondern beweisen evident, dass es allerdings unter gewissen Bedingungen in Folge von Eryipelas zu eitrigen Entzündungen der unter den erysipelatös erkrankten

Hautdecken gelegenen Gelenken kommen muss.

Nach der von Volkmann und Steudner aufgestellten Ansicht besteht die Rose bekanntlich in einer kolossalen akuten Auswanderung von weissen Blutkörperchen in die Cutis und dass Unterhautzellgewebe; auch ist hierbei sehr zu beachten, dass die Affektion weniger in den obersten Hautpartien als vielmehr grade am meisten in den tiefer gelegenen Gewebstheilen Platz greift. „So sehr man bisher das Erysipel als eine ganz an der Oberfläche verlaufende Entzündung zu betrachten gewohnt war, so finden sich doch die stärksten Veränderungen im subkutanen Fett- und Zellgewebe. Hier sind die Gefässe überall von den kleinzelligen Elementen vollkommen verdeckt, und statt der zwischen den einzelnen Fettzellengruppen verlaufenden Bindegewebssepta zeigt sich nur ein breites Netzwerk aus granulirten Zellen, die sich noch überall zwischen die einzelnen Fettzellen hineinschieben.“ Das mikroskopische Verhalten der erysipelatösen Hautpartien ist also fast genau dasselbe wie bei den bös-

artigsten Formen akuter progredienter Bindegewebseiterungen z. B. Pirógoff's-akut-purulentem Oedem.

Das Schicksal der beim Erysipelas ausgewanderten weissen Blutkörperchen ist nun bekanntlich ein zweifaches. In den weitaus häufigsten Fällen fallen sie am 2.—3ten Tage bereits der Resorption anheim, theils unverändert durch die Lympfwege theils nachdem sie fettig zerfallen sind, und kann schon am 3. oder 4ten Tage an den erkrankt gewesenen Hautparthien kaum etwas nachzuweisen sein, was auf die lebhafte Aktion der letzten Stunden hindeutete. In seltneren Fällen bringen sie die Intercellularsubstanz zum Schmelzen und führen so die Bildung der nach Erysipelas häufig beobachteten multiplen secundären Abscesse herbei.

Diese Verhältnisse angewandt auf eine Körperparthie, wo sich unter der erkrankten Haut ein Gelenk befindet, lassen leicht erkennen, dass man sich eigentlich wenig zu wundern braucht, wenn eine eitrige Gelenkentzündung nach Erysipelas auftritt. Bei der grossen Tiefe der Infiltration wird

auch die Synovialhaut reichlich mit Wanderzellen durchsetzt werden, ja es kann, ganz wie beim Erysipelas bullosum ein mit weissen Blutkörperchen gesättigter seröser Erguss in die Gelenkhöhle stattfinden. In den meisten Fällen wird auch hier, wie oben geschildert, Resorption eintreten; aber gewiss kann die Infiltration, wie oben zur Bildung von subkutanen Abscessen, so zur Vereiterung der Synovialmembran, zur eitrigen Entzündung des betroffenen Gelenkes führen können.

Sehr interessant für die in Frage stehenden Gelenkentzündungen sind die von Herr Dr. Schede, Privatdocenten in Halle beobachteten Erscheinungen nach Bepinselung der Haut mit Jodtinktur, die bekanntlich für das Mikroskop denselben Effect setzt, wie die erysipelatöse Hautentzündung. Derselbe konstatirte, dass die Emigration der Wanderzellen noch tiefer in die Gewebe hineingehe, als man bisher angenommen; in den Muskeln und im Periost unter den bepinselten Hautparthien wurden zahlreiche Wanderzellen gefunden und damit nicht ge-

nug, sogar in nicht ganz unter der Haut gelegenen Knochen, sogar im Femur kann man bei Kaninchen durch Jodpinselungen starke entzündliche Reizungen des Marks und Proliferationsvorgänge an den Zellen der Epiphysenknorpel hervorbringen, die zur Lockerung und selbst Lösung der Nathknorpel gehen können."

Seit der Veröffentlichung des Dr. E. Ritzmann wurde auch in der hiesigen chirurgischen Klinik ein ähnlicher Fall von eingetretener eitrigen Gelenkentzündung in Folge von Erysipelas beobachtet, den etwas genauer anzuführen die Neuheit der Affektion wohl gestattet.

Carl Götze 47 Jahr alt, Arbeiter aus Rothenburg, ein sonst gesunder Mann, erlitt Ende Januar 1872 einen Schiefbruch des linken Unterschenkels dicht über dem Fussgelenk, zugleich soll eine Hautwunde vorhanden gewesen sein, doch lässt sich aus den Aussagen des Patienten nicht eruiren, ob die Fraktur komplicirt gewesen ist oder nicht. Mit erfolgter Consolidation soll auch die Wunde vernarbt

gewesen sein; doch habe er nicht gut gehen können und nach 7 Wochen sei die Wunde wieder aufgebrochen und habe sich bis jetzt nicht wieder geschlossen, und liess sich Patient am 24. Juni 1872 in die Klinik aufnehmen.

Die Untersuchung zeigt die linke Tibia, dicht über dem Malleolus beginnend in einer Ausdehnung von circa 3 Zoll durch Callusauflagerungen verdickt und eine mässige Verkürzung des Unterschenkels. Zwei Zoll über den Malleolus an der inneren Seite der Tibia findet sich eine Fistelöffnung, durch die man etwa 3 Centimeter tief in den Knochen eindringen kann, die Sonde weist eine mittlere im Knochen gelegene Höhle nach, die offenbar der Bruchspalte entspricht; von nekrotischem oder kariösen Knochen ist jedoch nichts zu fühlen. An der äusseren Seite der Fibula findet sich eine kleine deutlich fluctuirende Stelle. Die Haut an beiden Stellen ist dunkler gefärbt und etwas infiltrirt, das Fussgelenk ist vollkommen frei. Patient bekommt hydropathische Umschläge.

Am 2ten Juli wurde Patient chloroformirt, der kleine Abscess an der äusseren Seite wird gespalten und neben spärlichen Eiter entleert sich ein Linsengrosses Knochenstückchen. Dann wird die Haut über der Fistel an der Tibia in einer Ausdehnung von 4 Cm. gespalten, das Periost einige Linien weit zurückgeschoben, die in den Knochen eindringende kloakenartige Fistel blosgelegt, ein wenig mit dem Meissel erweitert und die nun zugängig gemachte etwa halbwallnussgrosse Höhle mitten im Knochen blosgelegt. Sie enthält nur fettig metamorphosirte, gelbsprenkliche Granulationen, die mit dem scharfen Löffel leicht entfernt werden, keinen Sequester; das Knochengewebe in der Wand der Höhle ist sklerotisch.

Das Allgemeinbefinden des Patienten blieb nach diesem Eingriffe bis zum 19. Juli also 17 Tage vollständig zufriedenstellend; und auch die Wunde füllte sich vollständig mit Granulationen aus und ist kein Fieber vorhanden.

Am 18. Juli wurde die Wunde sondirt, wobei

ein erbsengrosses Knochenstückchen extrahirt wurde. (Eine Anzahl Erysipelkranker befand sich damals auf der Station.)

Am folgenden Tage hatte Patient Nachmittags Frösteln und darauf stellte sich grosse Hitze und hohes Fieber ein, (40,4°) Lokal liessen sich erst am 21ten Juli in der Umgegend der Wunde rothe Flecke am Unterschenkel nachweisen, aus denen sich bald ein typisches Erysipel entwickelt. Das Fieber dauert fort, (Morg. 39,0 Abends 40,2.) Die Granulationen sind zusammengefallen, der Unterschenkel wird kräftig mit Jodtinktur eingepinselt.

Trotzdem ist die fleckige Röthe am 22ten weitergegangen. Temp. Morgens 39,5 Abends 40,2. Erneute Jodpinselung auch auf den gerötheten etwas oedematösen Fuss.

23ter Juli. Das Erysipel geht am Oberschenkel fort; die Haut wird dort tüchtig mit Lapis infern. abgerieben. Temp. Morg. 39,8 Abends 40,5. Der Fuss ist stark geschwollen, an der äussern Seite beginnt die Haut livid auszusehen, stellenweise

blutig suffundirt, wie bei beginnender Gangrän, es werden sogleich kleine multiple Scarificationen daselbst gemacht; aus den Schnittöffnungen entleert sich nur venöses Blut, wonach Patient Erleichterung empfindet. Auch an der Operationswunde ist die Schwellung und bläuliche Röthe recht stark, doch empfindet Patient dort keinen Schmerz. Um den ganzen Fuss kommt ein hydropatischer Umschlag mit Carbollösung 1 : 100. Das Bein wird auf ein Planum inclinatum hochgelagert und Eisbeutel applicirt.

25. Juli Fuss abgeschwollen, das Erysipel geht am Oberschenkel weiter, hohes Fieber, (Morg. 38,2 Abends 40,0.) Zunge fängt an trocken zu werden, wenig Appetit, starker Durst, (phosphorsaure Limonade) Stuhlgang regelmässig.

26. Juli. Ein Abscess, einige Finger breit über den Malleolus externus wird gespalten. Temp. Morgens 38,8, Abends 39,7.

28. Juli. Das Fieber hatte seit vorgestern abgenommen, heute Temp. wieder Morg 38,9, Abds. 40,0.

Das Erysipel scheint sich zu zertheilen, die Eiterung aus beiden Wunden ist recht bedeutend; Eiter etwas übelriechend; die Schwellung um's Fussgelenk ist noch ziemlich stark. Patient hat etwas Appetit, noch viel Durst.

31. Juli. Das Fieber nimmt wieder zu, Temperatur Morgens. 39,4, Abends. 40,4. Patient wird stark consumirt. Die genaue Besichtigung zeigt heute eine Endzündung des Fussgelenks; die Gelenklinie ist geschwollen, schmerzhaft und in der Umgebung der Abscessöffnung an der Fibula findet sich nach dem Fussgelenk zu ein in dieses reichender Abscess. Bewegung des Fusses sind schmerzhaft und man fühlt dabei rauhes Reiben der Gelenkflächen aufeinander. Dicht neben dem Malleolus internus findet sich ein prallgespannter wallnussgrosser Abscess unter der Haut. Diese selbst ist am Gelenk und etwas den Unterschenkel hinauf stark geröthet, hyperämisch und infiltrirt. Unter diesen Umständen bleibt nichts übrig, als am

1. August an dem auf's äusserste erschöpften,

sehr heruntergekommenen und hochfiebernden Patienten das Fussgelenk zu reseciren.

Pat. wird chloroformirt und die Schnitte in der gewöhnlichen Weise gemacht. Zuvor wurde der Abscess an der Innenseite geöffnet und eine Menge dünnen Eiters entleert. Das Periost der Fibula lässt sich leicht abheben und der Knochen wird leicht durchsägt eben 2 Zoll über dem Gelenk und zwar wie es sich zeigte an einer Stelle wo der Callus der früheren Fraktnr begann. An der Tibia konnte der früher gemachte Schnitt benutzt werden die Aösung des Periosts war leicht, die Durchsägung des Knochens dagegen schwieriger, da er durch feste Callusmassen sehr beträchtlich verdickt und an seiner Oberfläche sehr unregelmässig gestaltet und höckerig war. Die Länge des resecirten Stückes der Tibia betrug $2^1/_2$ Zoll; die genaue Beschreibung folgt unten. Da es sich zeigte, dass die Gelenkfläche des Talus auch bereits theils zerstört theils infiltrirt und verfärbt war, so wurde sie ebenfalls abgesägt. Die Blutung aus der Haut

war ihres Blutreichthums wegen anfangs recht stark. wurde jedoch bald gestillt und der Fuss konnte in der Volkmann'schen eisernen Schwebeschiene eingegypst werden.

2. August. Pat. hat relativ gut geschlafen; hat Appetit, das Bein liegt gut, die Wunden sahen schön aus werden mit Carbollösung ausgespritzt. Temperatur gesunken, Morg. nur 38,4, Abd. 39,8.

Den ganzen August über hat die Heilung gute Fortschritte gemacht zuweilen hat eine kleine Eitersenkung eine kleine Temperaturerhöhung hervorgebracht. Pat. sieht noch angegriffen aus, hat aber sehr guten Appetit, und befindet sich subjectiv sehr wohl.

16. September. Gestern wurde der Gypsververband abgenommen. Es finden sich einige kleine durch Druck erfolgte wunde Stellen an der Hacke und wird der Fuss nicht wieder eingegypst sondern in eine Blechschiene mit Fussbrett und Hackenausschnitt gelegt. Die Eiterung ist sehr mässig, die grosse Höhle hat sich bereits sehr vollständig mit

Granulationen ausgefüllt. Patient ist fieberlos, nimmt langsam an Kräften wieder zu, hat guten Appetit.

12. Octb. bis auf den Dekubitus an der Hacke ist Alles verheilt.

Patient fühlt sich sehr wohl, das Bein steht gut.

Ende December wird Patient völlig geheilt entlassen. Die Knochenneubildung ist eine sehr erhebliche, die Beweglichkeit des Fusses im resecirten Gelenk schon sehr beträchtlich; die Stellung des Fusses gut. Patient fängt an in einem geeigneten Schienenstiefel Gehversuche zu machen, und ist ein sehr gutes funktionelles Resultat zu erwarten. —

Dass die in diesem Fall eingetretene eitrige Entzündung des Fussgelenkes ausser jeder direkten Beziehung zu der ursprünglich erlittenen Fraktur sowohl wie auch zu dem am 2. Juli erfolgten Evidement steht, ist schon durch das jedesmal nachher gute Wohlbefinden des Patienten als fast sicher anzunehmen. Ausser allem Zweifel ist der erwähnte Zusammenhang durch den Befund des resecirten Knochenstückes. Das durch die Resektion

entfernte untere Ende der Tibia nämlich misst von der Spitze des Malleolus internus bis hinauf zur Sägefläche $8\frac{1}{2}$ Centim. und ist wie bereits erwähnt, durch Knochenauflagerungen sehr verdickt, so dass der Querdurchmesser der Tibia 5 Centim. beträgt. 4 Contim. über der Spitze des Malleolus internus liegt die früher beschriebene durch den Meissel etwas erweiterte Cloakenöffnung. Sie lässt eben den kleinen Finger eindringen und führt in die ebenfalls erwähnte Höhle im Knochen, die durchaus mit guten Granulationen ausgefüllt ist. Nirgens liegt hier Knochen blos, und ist auch das Markgewebe unterhalb dieser Höhle bis zu dem vereiterten Knorpel der Gelenkfläche nur hyperämisch nicht vereitert, so dass mit Sicherheit auch durch die anatomische Untersuchung festzustellen ist, dass sich die Fussgelenkvereiterung nicht etwa in Folge einer durch jenen unbedeutenden Eingriff erzeugten Osteomyelitis entwickelte.

Im Uebrigen zeigt tich an dem durch die Resektion entfernten untern Ende der Tibia ein mit

starker Splitterung in's Fussgelenk verbunden gewesener, vollständig konsolidirter Schiefbruch, der im Ganzen als T förmig bezeichnet werden kann. Der Malleolus internus ist noch gesondert abgebrochen gewesen. Auf der durch die erysipelatöse Vereiterung ihres Knorpelüberzugs fast ganz beraubten Gelenkfläche der Tibia sieht man eine 1 Linie breit klaffende in sagitaler Richtung verlaufende Frakturspalte, welche vollständig durch Callus ausgefüllt ist. Nach diesem Befunde ist anzunehmen dass die Fraktur wohl keine Complicirte gewesen ist, da sonst wahrscheinlich schon damals eine Vereiterung des Fussgelenkes erfolgt wäre.

Eben so wenig ist anzunehmen, dass die eitrige Entzündnng des Fussgelenkes pyämischer Natur gewesen ist. Hiergegen sprechen schon die fehlenden Schüttelfröste, die Febris subcontinua, das Nichtvorkommen von andern Metastasen und das fortwährend ausgezeichnete Wohlbefinden des Patienten nach der ausgeführten Resektion; während die in der nächsten Umgebung des befallenen Gelenkes

mahrfach vorkommenden secundären Abscesse beweisen, dass die erysipelatöse Entzündung entschieden Neigung zum Ausgang in Vereiterung gehabt hat.

Es unterliegt somit wohl keinen Zweifel, dass obiger Fall genau in die neue von Dr. Ritzmann aufgestellte Kategorie von Gelenkerkrankungen in Folgevon Erysipelas gehört.

Es kommt dann nach Erysipel noch eine andere Art der eitrigen Gelenkentzündung vor, die schon lange bekannt war und die man jedenfalls bis jetzt mit der vorhin beschriebenen zusammengeworfen hat. Man hat nämlich auch eitrige Entzündungen solcher Gelenke nach Erysipelas beobachtet, deren bedeckende Haut durchaus nicht erysipelatös entzündet gewesen war; und zwar kamen in den meisten Fällen derartige Gelenkentzündungen multipel vor und dann nach besonders schwerem Erysipelas. Die Ursache dieser Erkrankung hat man darauf zurückführen wollen, dass man in diesen Fällen eine nachfolgende Pyämie substituirte, wobei jedoch wunderbar ist, dass man fast nie Metastasen im innern Organen fand.

Auch für diese Art der eitrigen Gelenkentzündung bietet ein in der hiesigen chirurgischen Klinik zur Beobachtung gekommener Fall ein typisches Bild.

Karl Müller 57 Jahr alt, Knecht aus Zeitz hatte schon als Kind eine wallnussgrosse Geschwulst auf der rechten Schulter, die in den letzten vier bis fünf Jahren ziemlich stark gewachsen sein soll und sich zur Zeit 2 Finger breit nnter dem Akromion als ein exquisites Exemplar eines Hauthornes präsentirt. Ausserdem besteht in der rechten Seite seit etwa einen Jahre vom Patienten bemerkt ein zweiter Tumor, der seit etwa 4 Monaten den geschwürigen Charakter angenommen hat. Die zerkluftete Oberfläche, die manschettenartig umgeschlagenen Hauträn-der, Färbung, Consistenz kennzeichnen denselb. deutlich als Cankroid vom Umfang etwa eines Zweithalerstückes. Die Haut der Achselhöhle ist verhärtet und oedematös infiltrirt so dass sich die Tiefe bis zu welcher der Tumor geht, nicht bestimmen lässt. Doch wird angenommen, dass die Bildung sich nur noch auf Haut und

subcutanes Fettgewebe beschränkt, welche Voraussetzung sich jedoch als irrthümlich erwies. Ausserdem besteht auf der linken Seite des Kopfes ein faustgrosses Atherom, so dass bei dem Kranken eine sehr prononcirte Disposition zu epithialen Wucherungen — Hauthorn, grosses Atherom, Cankroid — vorhanden ist. Das Allgemeinbefinden des sonst wohlgenährten und kräftigen Patienten soll in der letzten Zeit etwas gelitten haben.

Am 12. 5. 71. wird Patient operirt,

Zunächst wurde das Hauthorn entfernt und dann zur Estivpation des Axillarkankroids geschritten. Die Neubildung drang wieder Erwarten in bedeutende Tiefe und schlossen sich ihr Cankroid entartete Achseldrüsen an. Es wurde nöthig bis an die Axillargefässe vorzugehen und dieselben freizulegen. Es gelang jedoch den Tumor vollständig zu entfernen, ohne etwas zurückzulassen. Er hat die Grösse einer Männerfaust, die Form eines Kegels mit nach der Haut gerichteter Spitze, während dir breite Seite tief in die Achselhöhle hinein

ragte. Seine Struktur ist die des gewöhnlichen Caukroids mit verhornten Zellen und theilweiser Verfettung.

13. 5. 71. Patient hat die Nacht gut geschlafen und fühlt sich leidlich wohl. Temp. M. 38,9 A. 38,2. Die Temperatur hält sich nun mit geringen Schwankungen auf der Höhe von 37 — 38°. Die Heilung geht ohne Störung fort bis zum 5. 7. 71., wo beide Wunden kaum noch groschengross sind. Der Arm ist stark, die rechte Thoraxseite weniger oedematös geschwollen in Folge der durch die Narbenkontraktion herbeigeführten Compression der Axillarvene, jedoch hat in letzter Zeit die Schwellung sehr nachgelassen.

5. 7. 71. Heute Nachmittag will Pat. einen leichten Schüttelfrost gehabt haben; die Temperatur ist Abends 41,2° und es zeigt sich ein über die rechte Achsel, den rechten Oberarm und einen Theil der rechten Seite sich erstreckendes Erysipel,

6. 7. 71. Pat. hat die Nacht unruhig geschlafen und fühlte sich heute sehr matt, das Erysibel

erstreckt jetzt auch über einen Theil des Vorderarmes und hat sich in der Seite sowohl nach unten als noch nach dem Rücken und der Brust zu ausgebreitet. Temp. Morg. 40,8. Ab. 40,6.

7. 7. 71. Das Erysipel hat sich kaum noch weiter ausgebreitet. Pat. klagt aber heute über heftige Schmerzen in den Fussgelenken besonders bei Bewegungen. Dieselben sind in geringen Grade angeschwollen und etwas geröthet. Ebenso ist die Bursa anconaea sinistra angeschwollen. Temperatur Morg. 39,4. Ab. 39,4. Hydropathische Umschläge.

8. 7. 71. Pat. klagt heute auch über Schmerzen im linken Knie, das ziemlich stark angeschwollen ist. Heute zeigt sich auch ein Erguss in die bursa anconaea dextra. Das Erysipel ist nicht weiter fortgeschritten, sondern fängt an den Ausgangsstellen wieder an zu erblassen. Temp. M. 39,5, A. 39,7,

9. 7. 71. Schmerzen und Schwellung im linken Kniegelenk haben noch zugenommen, in den Fussgelenken will Pat. weniger Schmerzen haben.

Das Erysipel ist zum grösten Theil erblasst. Temperatur M. 39,6, A. 40,0.

10. 7. 71. Temp. Morg. 40,0 Ab. 40,5 Pat. hat die Nacht stark phantasirt und ist sehr unruhig gewesen. Am Morgen liegt er ziemlich apathisch da und giebt an, sich ganz wohl zu befinden. Er klagt wenig über Schmerzen; nur das linke Kniegelenk scheint ihm sehr empfindlich zu sein. Ausserdem ist aber der Unterleib sehr stark aufgetrieben, es wird ihm deshalb ein Clysma verordnet und ein hydropatischer Umschlag auf den Leib gelegt. Dabei erhält er Alcoh. absol. Syr. simpl, anna stündlich 1 Esslöffel.

11. 7. 71. Pat. verfällt immer mehr, er liegt ruhig in seinem Bette, klagt über nichts und ist nur bei Bewegung des linken Kniegelenks empfindlich. Das Erysipelas ist vollständig verschwunden, Temp. Morg. 39,5 Ab. 40.2.

12. 7. Tem. Morg, 39,6. Ab. 40,5, Status idem.

13. 7. Temp. M. 39,5 Gegen Mittag stirbt Pat.

Bei der Sektion ergiebt sirh in beiden untern Lungenlappen eine hypostatische Pneumonie. In den Nieren findet sich eine geringe parenchymatöse Trübung, sonst nichts Abnormes nachweisbar; keine Infarkte, keine Abscesse. Bei Eröffnung des linken Kniegelenks und beider Fussgelenke zeigen sich dieselben mit dickem gelben Eiter gefüllt. Die Brachialvene, wie auch bei Lebzeiten nachweisbar war, vollständig thrombosirt.

Aehnliche Fälle, wie der eben angeführte, finden sich schon mehr in der Literatur. So fand Deprès bei einem nach Cataraktoperation enstandenen lethal verlaufenden Gesichtserysipel Eiter in den Gelenken, Auch Volkmann bemerkte multiple Gelenkvereiterungen bei tödtlichem Erysipel mit durchaus typischer Fieberkurve und keine embolischen Heerde in den innern Organen.

Lebenslauf.

Der Verfasser, kath. Confession, geb. am 1. April 1850 als Sohn des Kaufmanns J. H. Angerhausen und der schon früh Verstorbenen Maria Cornelia de Vos, besuchte das Gymnasium zuCleve und das Collegium Augustinianum zu Gaesdonk. Sein Abiturientenexamen bestand er Sommer 1867 am Gymnasium zu Münster. Er bezog dann die Universität Würzburg, wo er 3 Semester Medicin studirte. Ostern 1869 wandte er sich nach Halle wo er sein tentamen physicum bestand. Während des Feldzuges 1870 u. 71 war er als stellv. Assisstenzarzt bei der 2ten hess. Fest. Art. Abtheilung No. 11. angestellt. Sommer 1871 entlassen wandte er sich noch auf 1. Semester nach Würzburg, und besuchte von Herbst 1872 an die Universität Halle zur Vollendung seines Studiums. Das examen medicum et rigorosum Bestand er am 16 u. 17. Dezember 1872.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen folgender Herren:

In Würzburg: die Herren Prof. Kölliker, Bezold, v. Scherer, Fick, Hasse, v. Bamberger, v. Linhardt, Scanzoni, v. Lichtenfels, v. Recklinghausen, Rossbach.

In Halle: die Herren: Geh. Rath Volkmann, Welker, Heintz, R. Volkmann, Weber, Olshausen, Graefe, Kohlschütter, Steudener.

Allen diesen meinen Lehrern, sage ich meinen besten Dank, besonders Herrn Prof. R. Volkmann, für seine mir bei dieser Arbeit zu Theil gewordene Unterstützung.

Thesen.

I.

Bei lange andauerndem pleuritischen Exsudat ist die Paracentese d. Thorax streng indicirt.

II.

Die Extensions Behandlung bei Oberschenkelfrakturen bietet die sicherste Garantie für eine rasche Heilung sowohl als sie auch am sichersten die etwaige Verkürzung ausschliesst.

III.

Im Gegensatze zu Fussverletzuugen ist bei schweren Handverletzungene eine konservative Therepie indicirt.